Relativität im Konsum

Warum Wirkung nicht in der Tablette liegt

von: Joshua Lorber

Einleitung

Das Zigarettenmodell

Eine einzelne Zigarette; drei Personen. Der Kettenraucher erlebt Homöostase; der Gelegenheitsraucher leichte Entspannung; der Nie-Raucher Übelkeit. Die Substanz bleibt konstant; die Wirkung variiert. Dieses einfache Experiment zeigt, dass Konsum relativ ist. Wirkung entsteht im Spannungsfeld zwischen Stoff, Organismus, Erwartung und Kontext – nicht in der Substanz allein.

Kapitel 1

Etikettierung: notwendig; jedoch korrekturbedürftig

Medizinische Kategorien sind unverzichtbar. Ohne Begriffe wie "Sucht" könnte klinische Praxis weder Risiken benennen noch Therapien strukturieren. Problematisch wird das Etikett, wenn es nicht beschreibend, sondern determinierend wirkt. Der Begriff "Sucht" wird gesellschaftlich mit Willensschwäche und moralischem Versagen verknüpft. Dadurch erstarren Diagnosen; tieferliegende Funktionsdynamiken wie Angst, Traumafolgen oder neurochemische Dysregulation bleiben unsichtbar. Das Etikett muss daher reformiert werden; es soll Funktion abbilden, nicht Schuld zuweisen. Vorschlag: von "Substanzabhängigkeit" zu "Selbstregulation durch Substanzgebrauch"; Folgefrage: *Welche Grundspannung wird reguliert?*

Kapitel 2

Kapitel 2 – Präzision durch transdisziplinäre Vernetzung

Moderne Technologie wird häufig als Ersatz menschlicher Expertise missverstanden. Ihr eigentlicher Wert liegt im **Verdichten von Wissen**: Algorithmen, Datenbanken und vernetzte Workflows beschleunigen Entscheidungen, ersetzen sie aber nicht. Sie wirken wie eine **diagnostische Linse**, die Fachmeinungen, Fallverläufe und Kontextdaten zusammenführt. Ziel ist die **Synchronisierung von Expertise** – entlastend, klärend, richtungsweisend.

2.1 Multidimensionale Fallbesprechung

Komplexe Verläufe erfordern kollektive Diagnostik. Empfohlen wird ein Netzwerk aus Psychiatrie, Neurologie, Innerer Medizin, Pharmakologie und Sozialmedizin, das Patientenakten **zyklisch** in interdisziplinären Boards prüft. Kurzfristig genügen kooperative Ärztehäuser; langfristig entsteht ein **cloud-gestütztes Review-System** (Details siehe Kapitel 3). Die Akte wird damit dynamisch – kein statisches Dokument, sondern ein kontinuierlicher Dialog.

2.2 Dynamische Etiketten

Diagnosen erhalten einen Zeitstempel und bleiben **revisionsoffen**. Automatisierte Erinnerungen stellen sicher, dass Befunde periodisch neu bewertet werden. So wird verhindert, dass ein Etikett zur dauerhaften Identität erstarrt.

2.3 Funktionale Medikation

Behandlungsentscheidungen folgen drei Prinzipien:

1. Anxiolyse ohne Sedierung
2. minimales Toleranz- und Abhängigkeitspotenzial
3. kontextbezogene, boardbasierte Auswahl

Die konkrete Substanz wird fallbezogen festgelegt; Präferenz liegt auf Wirkstoffklassen mit günstigem Risikoprofil.

Kapitel 3

Diagnostische Assistenzsysteme: Spiegel statt Ersatz

Ein zukunftsfähiges Gesundheitsmodell muss nicht nur auf Wissen zugreifen, sondern auch mit wachsendem Wissen mitlernen. Die zunehmende Komplexität psychischer und somatischer Diagnostik erfordert Werkzeuge, die Fachkräfte nicht ersetzen, sondern entlasten und präzisieren. Automatisierte Diagnosesysteme können genau diese Funktion übernehmen – vorausgesetzt, sie werden richtig eingebettet.

3.1 Strukturierter Datenfluss und infrastrukturelle Basis

Ein zentraler Hebel für diagnostische Präzision ist der strukturierte, intelligente Umgang mit medizinischen Daten. Patient:innen stimmen zu, dass relevante Fallparameter anonymisiert in geschützten Datenräumen verfügbar sind. So kann jede Fachschaft aus dem Erfahrungsschatz anderer lernen, ohne Vertraulichkeit zu verletzen.

Seit 2025 ermöglicht eine gesetzliche Neuregelung erstmals den automatisierten Zugriff auf Patientendaten über die Krankenkasseninfrastruktur. Medikationshistorien, Diagnosen und Facharztberichte werden dadurch schneller und gezielter kommunizierbar. Diese Entwicklung ist entscheidend für koordinierte Diagnostik – birgt aber strukturelle Asymmetrien: Privatversicherte, die häufig fragmentierte Versorgung erleben, stehen vielerorts außerhalb dieser Infrastruktur. Ein zukunftsfähiges Modell braucht daher nicht nur technische Standards, sondern gerechte Einbindung aller Versorgungsformen – ohne digitale Zugangsunterschiede im Datenfluss.

3.2 Der Fragebogen als Fundament

Darüber hinaus muss die Automatisierung medizinischer Fallanalysen konsequent weitergedacht werden:
Um Fachkräfte zu entlasten und 48-Stunden-Schichten zu verhindern, sollte ein standardisiertes, interdisziplinär entwickeltes Formularsystem etabliert werden – einmalig im Medizinstudium vermittelt, zyklisch aktualisiert.

Dieses System bildet die Grundlage für eine strukturierte Rückmeldung im ärztlichen Alltag – lokal durchführbar, auch offline via Mikrofoneingabe, z. B. im Anschluss an ein Erstgespräch.

3.3 Der doppelte Abgleich

Nach Abschluss der freien Diagnosestellung durch die Ärzt:in liefert das System eine doppelte maschinelle Rückmeldung:

- Selbstrückmeldung, basierend auf dem individuell ausgefüllten, standardisierten Fragebogen – zur Einschätzung der ärztlichen Position im Verhältnis zu systemisch erfassten Mustern.
- Fachlich konsolidierte Zweitausgabe, automatisch abgeglichen mit:

• anonymisierten Diagnoseformularen anderer Fachkräfte
• aktuellen wissenschaftlichen Datenbanken
• transdisziplinären Diagnosestandards

Das System bleibt vollständig anonymisiert. Nur Ergebnisdaten und Verteilungsmuster fließen ein. Der zugrunde liegende Fragebogen wird regelmäßig überprüft – zur Qualitätssicherung, Kompetenzmessung und zur Erkennung potenzieller systemischer Anomalien.

3.4 Ziel: Spiegelung statt Substitution

Ziel ist ein lernendes System, das nicht ersetzt, sondern spiegelt. Die Diagnose wird nicht fremdbestimmt, sondern reflektiert – präzise, transparent und jederzeit durch menschliche Expertise überprüfbar. So entsteht Handlungssicherheit ohne Autoritätsverlust – und eine Medizin, die lernt, statt zu wiederholen.

Schluss

Substanzen sind konstant; Systeme sind variabel. Nur wenn Etiketten diese Relativität anerkennen und interdisziplinäre Praxis sie nutzt, wird Behandlung zielführend. Das Zigarettenmodell bleibt Mahnung: Wirkung ist Beziehung; nicht Chemie allein.

Literatur & Quellen

* Volkow, N.D. et al. (2016). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of Clinical Investigation*, 122(10), 3787–3793.
* Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–238.
* Lembke, A. (2021). Dopamine Nation: Finding Balance in the Age of Indulgence. Dutton Books.
* Berridge, K.C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology*, 191, 391–431.
* Varela, F.J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press.
* Insel, T.R. (2008). Assessing the economic costs of serious mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 663–665.